

## ارزیابی واکنش زنجیره‌ای پلیمرز (PCR) سرم بیماران در تشخیص

### سریع لپتوسپیروز

حمیدرضا هنرمند<sup>۱</sup>، محمد رضا خرمی زاده<sup>۲</sup>، سعید اشراقی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup>نویسنده مسئول: استادیار مرکز تحقیقات سلولی، مولکولی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی، گیلان، گیلان، ایران

E-mail: honarmand\_36@yahoo.com

<sup>۲</sup>دانشیار گروه ایمنولوژی <sup>۳</sup>دانشیار گروه پاتوبیولوژی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

#### چکیده

**زمینه و هدف:** لپتوسپیروز یک بیماری، مشترک انسان - حیوان با شیوع قابل توجه در جهان است. چون درمان فقط در روزهای اول بیماری موثر است، تشخیص درست و سریع لپتوسپیروز بسیار با اهمیت است. رشد میکروب بسیار کند است و به دلیل نبود آنتی بادی‌های اختصاصی در هفته اول بیماری، سرولوژی نیز ناکارآمد است. بنابراین واکنش زنجیره ای پلیمریزاسیون (PCR) تنها راه تشخیص زودرس است. در این مطالعه حساسیت و دقت روش PCR متعارف در تشخیص سریع لپتوسپیروز در نمونه سرم مربوط به هفته اول بیماری ارزیابی شده است.

**روش کار:** در این مطالعه تعداد ۷۰ نمونه سرم واجد شرایط و اخذ شده در هفته اول بیماری از افرادی که علائم بالینی مشکوک به لپتوسپیروز داشتند و آزمون مرجع (میکروآگلوتیناسیون) نمونه سرم بار اول آنها منفی و نمونه بار دوم آنها مثبت بود (تبدیل سرمی که دال بر تشخیص قطعی بیماری است)، مورد مطالعه قرار گرفتند.

**یافته ها:** در این مطالعه نتیجه PCR در ۲۴ مورد مثبت بود. حساسیت این روش ۷۴/۵٪ و دقت آن ۱۰۰٪ باکتری در هر میلی لیتر سرم بود.

**نتیجه گیری:** این مطالعه نشان می دهد PCR تنها روش سریع برای تشخیص لپتوسپیروز در هفته اول بیماری است ولی حساسیت آن خیلی بالا نیست، در حالی که روشهای دیگر کاربرد ندارند.

**کلمات کلیدی:** لپتوسپیروز، میکروآگلوتیناسیون، واکنش زنجیره ای پلیمرز

پذیرش: ۸۸/۱۰/۲۲

دریافت: ۸۷/۲/۱۵

#### مقدمه

لپتوسپیروز بدلیل فراوان بودن مخازن آن، یکی از شایع ترین بیماریهای مشترک انسان - حیوان در جهان است و در مناطق گرم و مرطوب شیوع زیادتری دارد [۱-۳].

منطقه جلگه‌ای استان گیلان بدلیل متعدد از جمله فراوانی حیوانات وحشی، اهلی و جوندگان، وفور آبهای سطحی، رواج کشت برنج، و بالاخره آب و هوای معتدل و مرطوب، شرایط مناسبی را برای اشاعه این بیماری دارد و هر ساله موارد زیادی از

آن بویژه در شالیکاران در ماههای گرم سال بروز می کند [۵،۴]. ورود باکتری به بدن انسان بطور عمده توسط آب آلوده به ادرار حیوانات بیمار یا ناقل و از راه خراش های جلدی است [۳،۲]. لپتوسپیروز علایم بالینی شاخص ندارد و بیشترین موارد تظاهر بالینی آن به صورت بیماری حاد تبادار است و به اغلب بیماریهای باکتریایی و ویروسی حاد شباهت نزدیک دارد [۳].

تشخیص سریع این بیماری بسیار مهم است زیرا فقط درمان زودرس آن موثر است و تأخیر در درمان به

## روش کار

در این مطالعه تو صیفی- مقطعی، نمونه گیری به صورت تصادفی ساده، در بهار و تابستان (فصول شیوع بیماری) سال ۱۳۸۴ صورت گرفت. از تمام بیماران بستری شده در بخش های عفونی و داخلی بیمارستان رازی رشت که تشخیص بالینی لپتوسپیروز داشتند، یک نمونه خون در روز اول و نمونه دوم در هفته بعد اخذ گردید. سرمها تا زمان آزمایش در دمای  $20^{\circ}\text{C}$ - نگه داری شدند.

تمام سرمها با آزمون آگلوتیناسیون میکروسکوپی (MAT) توسط ۶ سرووار<sup>۲</sup> استاندارد ایکترههموراژیا، گریپوتیفوزا، هارجو، بالوم، پومونا و کانیکولا مورد آزمایش قرار گرفتند. تعداد ۷۰ نمونه سرم واجد شرایط برای این مطالعه بودند که آزمون MAT آنها در هفته اول منفی و در هفته دوم مثبت بود (تبدیل سرمی داشتند). این نمونه ها مثبت واقعی تلقی شده و با روش PCR بررسی گردیدند. استخراج DNA توسط کیت تجاری QIAMP DNA min Kit ساخت شرکت QIAGEN انجام گردید. غلظت هر محلول DNA استخراج شده با روش اسپکتروفوتومتری در طول موج ۲۶۰ نانومتر و توسط فرمول: ضریب رقت × جذب نوری × عدد ثابت ۳۳ تعیین شد و ماسترمیکس با فرمول زیر تهیه گردید:

PCR Buffer 10x	6 μl	Per reaction
MgCl <sub>2</sub> (25mM)	4 μl	Per reaction
DNTP (25 mM)	0.5 μl	Per reaction
Primer (forward) 100μm	1 μl	Per reaction
Primer (Reverse) 100 μm	1 μl	Per reaction
DNA Pol <sup>3</sup> (5u/μl)	0.2 μl	Per reaction
H <sub>2</sub> O	6.5 μl	Per reaction
DNA Template	30 μl	Per reaction
Total	50 μl	

در این مطالعه از یک جفت پرایمر که بطور اختصاصی قطعه‌ای از ژن 16srDNA لپتوسپیراهای بیمارها را

بروز عوارض متعدد و جدی بویژه در کلیه منجر شده و می تواند به مرگ بیمار منتهی شود [۳،۴]. لپتوسپیراهای بیمارها بسیار مشکل پسند و کند رشد هستند و جداسازی آنها از نمونه های بالینی بسیار مشکل و وقت گیر است. مشاهده مستقیم باکتری در نمونه های بالینی با میکروسکوپ زمینه تاریک یک روش غیر حساس است و موارد منفی کاذب زیادی دارد. سرولوژی نیز در هفته اول بیماری که هنوز آنتی بادیهای اختصاصی وجود نداشته و یا حضور اندک دارند کمک کننده نیستند بنابراین روشهای کشت، سرولوژی و مشاهده مستقیم در تشخیص زودرس و سریع لپتوسپیروز جای ندارند [۷،۶] و توسل به روشهای تشخیص ملکولی از جمله PCR که متداول ترین آنها است اجتناب ناپذیر بنظر می رسد [۱]. ضمناً بدلیل آنکه روش کشت در تشخیص بیماری فوق موارد منفی کاذب بالایی دارد، انجمن جهانی لپتوسپیروز وابسته به سازمان بهداشت جهانی (WHO)، روش آگلوتیناسیون میکروسکوپی (MAT)<sup>۱</sup> را بعنوان استاندارد طلائی برای تشخیص بیماری لپتوسپیروز اعلام نموده است [۸،۳].

در آزمون مزبور، افزایش تیترا ل اقل دو برابر در نمونه سرم دوم که به فاصله ۷-۱۰ روز از نمونه اول اخذ شده باشد (تبدیل سرمی تلقی شده و همواره ملاک تشخیص قطعی بیماری در نظر گرفته می شود [۱۰،۹،۳].

در این مطالعه حساسیت روش PCR متعارف در تشخیص سریع لپتوسپیروز در نمونه سرم های مربوط به هفته اول بیماری که هنوز در آزمون MAT تیترا بسیار پایین و یا منفی داشته ولی نمونه بعدی و پس از گذشت حد اقل ۱۰ روز، تیترا بارز و بالا داشتند مورد ارزیابی قرار گرفته شده است.

<sup>2</sup> Serovar

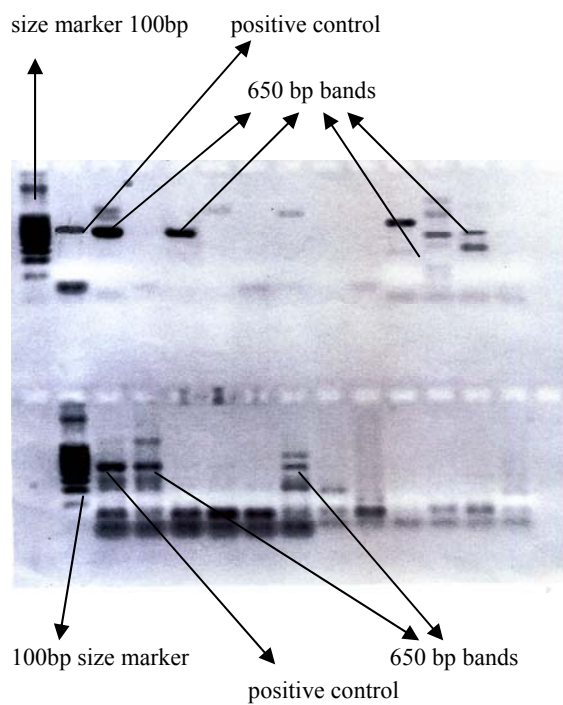
<sup>3</sup> Eurogenetec , Ref : ME-0073-05

<sup>1</sup> Microscopic Agglutination Test

طوری که میکروتیوب شماره ۱۲ دارای ۱۰ عدد باکتری و شماره ۱۱ دارای ۲۰ عدد و بالاخره شماره ۱ دارای ۱۲۰ باکتری بود. از تمام آنها استخراج DNA به عمل آمد و PCR انجام شد. کمترین تعداد که باند واضح تشکیل داد دقت تام PCR در نظر گرفته شد. در این مطالعه حساسیت روش ما ۱۰۰ باکتری در هر میلی لیتر سرم (معادل حدود ۱۰ نانوگرم DNA) بدست آمد. نوع مطالعه به گونه‌ای بود که متغیرهای متعدد نداشت و به آزمون آماری نیاز نبود. برای تعیین حساسیت PCR از فرمول مربوطه استفاده شد: حساسیت = تعداد مثبت‌های حقیقی تقسیم بر مجموع تعداد مثبت حقیقی و منفی کاذب

### یافته‌ها

تعداد ۲۴ نمونه در آزمون ملکولی با PCR باند اختصاصی تشکیل دادند (تصویر ۱) و سایر نمونه‌ها (در ۲/۳ موارد) باند اختصاصی تشکیل ندادند که جزو موارد منفی کاذب برای آزمون PCR تلقی شدند.



تصویر ۱. نمونه ژل الکتروفورز آزمون PCR

تکثیر می‌کند و قطعاتی بطول ۶۵۰ نوکلئوتید بوجود می‌آورد، استفاده گردید. این پرایمر توسط Hartskeel و همکاران طراحی شده است [۱۰].

Forward primer: 5'- GAA TCT CTC TTT TGA TCT TCG- 3'  
Reverse primer: 5'- GAG TTA GAG CTC AAA TCT AAG- 3'

برای تکثیر DNA از برنامه اجرایی زیر استفاده شد.

یک سیکل	۷ دقیقه	Initial denaturation
۳۵ سیکل	۶۰ ثانیه	Denaturatinn phase
	۶۰ ثانیه	Anealing phase
	۹۰ ثانیه	Extension phase
یک سیکل	۱۰ دقیقه	Final extension

محصول PCR روی ژل آگارز یک درصد حاوی اتیدیوم بروماید بمدت ۴۵ دقیقه با شدت جریان ۱۰۰ mA الکتروفورز شده و سپس عکسبرداری شد (تصویر ۱). در این مطالعه از ژنوم خالص سویه لای<sup>۱</sup> بعنوان کنترل مثبت، از آب بعنوان کنترل منفی، از نشانگر ملکولی ۱۰۰ bp ساخت شرکت Fermentas به عنوان سایز مارکر و بالاخره از دستگاه ترمو ساینکلر Techneh ساخت کشور انگلستان برای آمپلی فیکاسیون استفاده شد.

برای تعیین حساسیت این روش، از یک کشت تازه سویه استاندارد لای استفاده شد. از این سویه در (pH ۷/۲) بافر فسفات، یک سوسپانسیون میکروبی با کدورت برابر نیم مک فارلند تهیه شد. با افزودن فرمالین با رقت نهایی نیم درصد به مدت نیم ساعت، تمام لپتوسپیراها بی حرکت شدند تا برای شمارش در زیر میکروسکوپ حرکت نکنند. سپس با کمک لام نئوبار اصلاح شده جمعیت باکتری در هر میلی لیتر محاسبه شد.

۱۲ میکرو تیوب که هر کدام دارای نیم میلی لیتر سرم انسانی منفی استاندارد تهیه شده از انستیتو پاستور ایران بودند، آماده شدند و به هر یک از آنها حجم معینی از آن سوسپانسیون میکروبی اضافه شد

<sup>1</sup> Lai

## بحث

بنظر می‌رسد که موارد منفی در آزمون PCR مربوط به بیمارانی بود که خود سرانه و یا با درمان اولیه و تجربی توسط پزشک معالج، چند دوز پیاپی آنتی‌بیوتیک مصرف نموده بودند. اصولاً رفتار طبیعی لپتوسپیراها در برابر آنتی‌بیوتیک اینگونه است که به سرعت از خون فرار کرده و به بافت‌های پارانشیمی و پر آب بدن به ویژه کلیه، ریه، کبد و مغز مهاجرت کرده و استقرار می‌یابند. بدین ترتیب لپتوسپیرومی فروکش می‌کند و تعداد باکتری در خون بسیار کم می‌شود [۷۵] و چون باکتری ناشی از لپتوسپیرا در انسان ۷-۱۰ روز بیشتر دوام ندارد و با ظهور آنتی‌بادی و نیز با انجام درمان (مصرف آنتی‌بیوتیک) باکتری‌ها از خون می‌گریزند بنابراین وجود باکتری مرده منتفی بوده و مشکل مثبت کاذب در PCR به موارد دیگر و بطور عمده به آلودگی با لپتوسپیراهای ساپروفیت که در محیط فراوان هستند ارتباط داده می‌شود [۱۱،۳،۱].

اصولاً دقت PCR به عوامل متعدد از جمله به مقدار DNA موجود در نمونه بالینی و یا به تعداد ارگانیزم‌های زنده و یا مرده موجود در آن بستگی دارد. در این مطالعه دقت روش ما ۱۰۰ باکتری در هر میلی‌لیتر سرم (معادل حدود ۱۰ نانوگرم DNA) بدست آمد. در مطالعه Romero و همکاران (۱۹۹۸) دقت PCR را در تشخیص لپتوسپیرا در مایع مغزی نخاعی (CSF) تعداد ۵ باکتری در هر میلی‌لیتر نمونه برآورد شده است [۱۲].

مرین<sup>۱</sup> و همکاران در مطالعه خود دقت PCR را در تشخیص سرووارهای لپتوسپیرا که در آزمایشگاه به نمونه سرم‌های منفی تلقیح نموده بودند، حدود یک نانوگرم DNA و معادل ۱۰ باکتری در هر میلی‌لیتر سرم اعلام نمودند [۱۳].

هینمن<sup>۲</sup> و همکاران دقت PCR در ردیابی لپتوسپیراها از نمونه‌های آب و مایع منی گاو که به آنها سرووارهای استاندارد تلقیح نموده بودند را مورد ارزیابی قرار دارند و دقت آنرا در مورد آب، ۱۰ باکتری در هر میلی‌لیتر و برای مایع منی، ۱۰۰ عدد باکتری در هر میلی‌لیتر گزارش کردند [۱۴].

سان هوکی<sup>۳</sup> و همکاران دقت PCR را در تشخیص DNA لپتوسپیرا در محیط کشت باکتری حدود ۱۰۰ فمتوگرم در هر میلی‌لیتر بیان داشتند [۱۵]. در مطالعه دیگری دقت PCR را در تشخیص لپتوسپیرا از محیط کشت معادل ۳۲ عدد باکتری گزارش نمودند [۱۶].

مطالعه ما نشان داد که PCR می‌تواند در تشخیص سریع بیماری موثر باشد ولی موارد منفی کاذب قابل توجهی وجود دارد (در مطالعه ما حساسیت PCR برابر با ۷۴/۵٪ بوده است). کم بودن دقت تام آن را به اشتباهات تکنیکی، عدم کارایی مواد شیمیایی مصرفی، کم بودن مقدار DNA (یا کمبود تعداد باکتری) در نمونه و نیز به مصرف قبلی آنتی‌بیوتیک می‌توان نسبت داد. در تمام این موارد PCR می‌تواند پاسخ منفی کاذب ایجاد کند [۱۸]. شایان ذکر است که روش استخراج DNA و نیز کیت مورد استفاده برای هدف مزبور نیز در دقت PCR تأثیرگذار می‌باشند [۱۹].

محققان ملکل و DNA لپتوسپیراها را در ادرار بیماران با روش PCR متعارف ردیابی نمودند و دقت PCR را با روشهای مختلف استخراج DNA ارزیابی نمودند و براساس روش استخراج DNA، دقت PCR را متفاوت گزارش کردند [۲۰]. در مطالعه حاضر ما از یک کیت استخراج DNA تجاری معتبر استفاده شد. طبق دستورالعمل کارخانه سازنده کیت از ۴۰۰ - ۲۰۰  $\mu\text{L}$  نمونه بالینی برای استخراج DNA می‌توان استفاده نمود. ما از ۴۰۰  $\mu\text{L}$

<sup>2</sup> Heinemann<sup>3</sup> Sun-Hokee<sup>1</sup> Merien

نوکلئوتیدی تزايد يافته از همان ژن استفاده شد که با توجه به اندازه قطعه مورد نظر، ژل آگارز مناسب‌تر بوده است.

### نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد که روش PCR متعارف برای تشخیص زودرس لپتوسپیروز، آنگاه که روش‌های متداول تشخیصی بی‌فایده بوده و کاربرد ندارند می‌تواند کمک‌کننده باشد ولی حساسیت بالایی ندارد.

نمونه برای استخراج استفاده کردیم تا به حجم بیشتری از DNA دسترسی یابیم. دقت PCR به روش الکتروفورز نیز بستگی دارد. دانشمندان ژل پلی‌اکریل‌آمید را برای الکتروفورز محصول PCR حاوی قطعات ۲۸۵ نوکلئیدی حاصل از تزايد ژن 16sr DNA تعداد ۳۸ سرووار استاندارد لپتوسپیروا، مورد ارزیابی قرار دارند و دقت آنرا در مقایسه با ژل‌های متعارف ۱۰۰ برابر بیشتر گزارش نمودند [۲۱].

در مطالعه حاضر از ژل آگارز یک درصد برای الکتروفورز محصول PCR حاوی قطعات ۶۵۰

### References

- 1- Levett PN. Leptospirosis. Clin Micro Rev. 2001; 4: 296-326.
- 2- Plank R, Deborah D. Overview of Epidemiology, Microbiology, and Pathogenesis of *Leptospira* spp in Humans. Microbes and Infections 2000; 2: 1265-1267.
- 3- Fain S. Guidance for the Diagnosis, Surveillance and Control of Human Leptospirosis. WHO offset publication Geneva. World Health Organization 2003; 17-20.
- 4- Tahbaz A, Sarshad A, Vandyousefi J, Safavi S, Dabaghian K. Preliminary study of Leptospirosis in Guilan. Journal of Infectious and Tropical Diseases of Iran 1995; 113:109-110.
- 5- Honarmand H, Mansor Ghanaei F, Eshraghi S, khoramizadeh MR. Study on the Prevalence of Leptospirosis in Guilan in 2004. Scientific Journal of Gorgan University of Medical Sciences 2005; 7(2): 270-7.
- 6- Turner LH. Leptospirosis II: Serology. Trans R Soc Trop Med Hyg 1968; 62: 880-889.
- 7- Adler B, Fain S. The Antibodies Involved in Human Response to Leptospiral Infection. J Med Microb 1978; 11:387-400
- 8- Turner LH. Leptospirosis III: Maintenance, Isolation and Demonstration of lepeospires. Trans R Soc Trop Med Hyg. 1970; 64: 623-646.
- 9- Morris JA, Hussaini SN. Characterization of the antibodies detected by the MAT for Bovine Leptospirosis. J Hyg 1974; 73:425-432.
- 10- Hartskeel RA, Smits H, Korver H, Goris M, Terpstra WJ. Instruction booklet of International Course on Laboratory Methods for the Diagnosis of Leptospirosis. KIT Royal Tropical Institute Publication.2004: 38-42.
- 11- Brown PD, Gravekamp C, Carrington B G, Van de Kemp RA, Hartskeel R, Edwards CO, et al. Evaluation of PCR for Early Diagnosis of Leptospirosis. J Med Microbiol 1995; 43: 110-114.
- 12- Romero EC, Billerbeck AE, Valeria S, Lando VS, Camargo ED, Souza CC, et al. Detection of *Leptospira* DNA in patients with Aseptic Meningitis by PCR. J Clin Microb. 1992; 36(5), 1453-1455.
- 13- Merien F, Amouriax P, Peronat P, Buranton G, Giron S. Polymerase chain reactinn for detectinn of leptospira spp in clinical samples. J Clin Microb 1992; 30(9): 2219-2224.
- 14- Heinemann MB, Garcia JF, Nunes CM, Gregoria F, Higa ZM, Vasconcellos SA, et al. Detection and differentiation of *Leptospira* spp serovars in bovine semen by PCR-RFLP. Veterinary Microbiology 2000; 73: 261-267.
- 15- Kee Sun-Ho, Kim IS, Choi MS, chang WH. Detection of Lepteospiral DNA by PCR. J Clin Mirob 1994; 32(4): 1053-1039.

- 16- Caballero Olsd, Neto ED, Koury Mck, Romanha AJ, Simpson Ajg. Low Stringency PCR with Diagnostically Useful Primers for Identification of *Leptospira* serovars. *J Clin Microb* 1994; 32 (5): 1369-1372.
- 17- Merien F, Baranton G, Perolat p. Comparison of PCR with MAT and Culture for Diagnosis of leptospirosis. *The Journal of Infectious Diseases* 1995 ; 172: 281-5.
- 18- Veloso IF, Lopes MTP, Salas CE, Moriera EC. A Comparison of three DNA extractive procedures with leptospires for PCR analysis. *Mem Inst Oswaldo ruz. Extraction.* 2000; 95(3): 339-343
- 19- Bal AE, Gravenkamp C, Hartskeerl RA, Meza-Brewster J de, Korver H, Terpestra J. Detection of *Leptospire*s in Urine by PCR for Early Diagnosis of Leptospirosis. *J Clin Microbiol* 1994; 32: 1894-1898.
- 20- Oliveira MA, Caballero OL, Dias Neto E, Koury MC, Romanha AJ, Carvalho J, et al. Use of Non Denaturing Silver Stained Polyacrylamide Gel Analysis of PCR Products for the Differential Diagnosis of *Loptosira interrogans*. *Infections Diag Microbiol Infect Dis* 1995: 343-348.

## Evaluation of Patients Sera for Early Diagnosis of Leptospirosis by PCR

Honarmand H, ph.D<sup>1</sup>; Khoramizadeh M, ph.D<sup>2</sup>; Eshraghi S, ph.D<sup>3</sup>

**1- Corresponding Author:** Assistant Professor of Cellular and Molecular Research Center, Faculty of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Guilan, Iran. E-mail: honarmand\_36@yahoo.com

**2- Associate Professor of Immunology, Div of Immunology, Dep of Pathobiology, Faculty of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.**

**3- Associate Professor of pathobiology, Div of Bacteriology, Dept. of Pathobiology, Faculty of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.**

### ABSTRACT

**Background and objectives:** Leptospirosis is a very common zoonosis in the world. Early diagnosis of leptospirosis is critical because just early treatment will be effective. Its culture is very slow and serological assays are not applicable because of lack of antibodies in the first week of the disease, therefore PCR is the only option for the early diagnosis. In this study, sensitivity and accuracy of a non-quantitative conventional PCR for diagnosis of leptospirosis in first week sera of patients, is evaluated

**Methods:** Seventy first week sera sample of patients with clinical diagnosis of leptospirosis which were negative in MAT but positive for the second time after one weeks (seroconversion) were selected and studied.

**Results:** We observed twenty four positive sera in PCR test. Sensitivity of the test was 74.5% and accuracy was 100 bacteria /ml.

**Conclusion:** Result of our study shows that PCR is the only choice for the early diagnosis of Leptospirosis while other assays are not applicable but its sensitivity is low.

**Key words:** Leptospirosis, Sera, Diagnosis, PCR